

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 31

DES

PYREXIES PNEUMONIQUES

PNEUMO-TYPHOÏDE ET PNEUMO-PALUDÉENNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 25 MAI 1887

PAR

E.-G.-A. DUBOIS

Né à Rochefort

MÉDECIN DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS

1887

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN DOYEN.

GRASSET, ASSESSEUR.

Professeurs.

Clinique médicale.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.
Physique médicale.
Médecine légale et toxicologie.
Clinique chirurgicale.
Chimie médicale et Pharmacie.
Hygiène.
Pathologie interne.
Clinique médicale.
Botanique et Histoire Natur.méd.
Physiologie.
Clinique obstétricale et gynécologie.
Clinique chirurgicale.
Opérations et appareils.
Pathologie externe.
Anat. pathol. et histol.(ch. de cours)
Anatomie (Chargé du cours).
Thérap. et Mat. méd.(ch. du cours)

MESSIEURS :
COMBAL (✱ ✱).
CAVALIER (✱).
MOITESSIER (✱).
JAUMES.
DUBRUEIL (✱).
ENGEL.
BERTIN-SANS.
CASTAN.
GRASSET.
PLANCHON (✱ ✱).
LANNEGRACE.
DUMAS (LÉON).
TÉDENAT.
GRYNFELTT.
CHALOT.
CARRIEU.
BIMAR.
MOSSÉ (✱).

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✱ ✱).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✱), DUPRÉ (✱ C. ✱).

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique des maladies des enfants. MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN (✱), agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
CARRIEU.	BLAISE.	TRUC.
MAIRET.	BAUMEL.	GERBAUD.
BIMAR.	VILLE.	GILIS.
MOSSÉ (✱).	GRANEL.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✱).	FORGUE.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse:

MM. GRASSET, président;
COMBAL, professeur.
CARRIEU, agrégé.
REGIMBEAU, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

E. DUBOIS.

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MES PARENTS

E. DUBOIS.

À mon Président de Thèse

Monsieur le Docteur GRASSET

Professeur de Clinique médicale

A MES AMIS

E. DUBOIS.

INTRODUCTION. — DIVISION DU SUJET.

La question de la nature de la pneumonie fibrineuse a soulevé, dans ces derniers temps, de nombreuses controverses et suscité de nombreuses publications. Un retour est en train de s'effectuer du côté des idées anciennes qui faisaient de cette affection une maladie générale. Seuls, quelques organiciens veulent ne voir en elle qu'une maladie locale infectieuse. D'autres en admettent deux variétés, l'une infectieuse, l'autre franche. Enfin, l'école de Montpellier, fidèle à la tradition, admet la théorie d'une pneumonie aiguë franche, une quant à la lésion et aux signes physiques, multiple au sens clinique, c'est-à-dire au sens des causes qui la produisent. Pour cette École, la pneumonie est la détermination locale d'une fièvre; bien plus, à côté de la pneumonie aiguë franche, quelques-uns des Maîtres de la Faculté Montpelliéraine, admettent des pneumonies aiguës fibrineuses spécifiques, c'est-à-dire liées, de par leur nature, à une affection générale (rhumatisme, paludisme, érysipèle., etc.). C'est pour soutenir cette théorie qu'est écrit le présent travail.

Dernièrement, M. le Professeur Grasset, que nous ne saurions trop remercier de l'honneur insigne qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre Thèse inaugurale, consacrait de belles leçons cliniques à la démonstration de la doctrine ci-dessus, au sujet de deux des formes de la pneumonie aiguë: la forme palustre et la pneumo-typhoïde, s'attachant à montrer comment ces deux états généraux infectieux peuvent se localiser sur le poumon. Ce sont ces leçons qui ont inspiré le mémoire que nous présentons à la bienveillance et à l'indulgence de nos Juges.

Il était difficile, après les leçons du Maître, de faire du nouveau et surtout de faire aussi bien. Aussi ne nous sommes-nous proposé qu'un but : défendre les mêmes idées et ajouter de nouveaux faits à ceux qu'il a si habilement réunis. Nous espérons avoir, dans une certaine mesure, suivi l'exemple qui nous était donné. A défaut de talent, nous avons apporté, à l'accomplissement de notre tâche, une bonne volonté qui nous tiendra lieu d'excuse.

Cela dit, nous avons divisé notre travail en deux parties :

Dans la première, nous esquissons rapidement l'histoire des variations des doctrines médicales au sujet de la nature de la pneumonie fibrineuse, et nous essayons de démontrer que c'est, non une maladie locale, une, mais la détermination locale de divers états généraux.

La deuxième partie est subdivisée en deux chapitres, consacrés, l'un à la pyrexie pneumo-typhoïde, ou pneumo-typhus, le second à la pyrexie pneumo-paludéenne.

M. le docteur Sarda, chef de clinique médicale, a bien voulu nous prêter l'appui de ses conseils et nous guider dans nos recherches bibliographiques. Nous l'en remercions bien vivement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PYREXIES PNEUMONIQUES

PNEUMO-TYPHOÏDE ET PNEUMO-PALUDÉENNE



CHAPITRE PREMIER

A. — La pneumonie n'est pas une maladie locale, mais une affection générale infectieuse.

« Il y a moins de 20 ans, l'enseignement de l'école de Paris, d'accord avec la tradition, regardait la pneumonie comme une phlegmasie locale engendrée par l'action du froid, et cette doctrine, acceptée partout comme un véritable dogme, ne semblait pas pouvoir rencontrer de contradiction sérieuse; seuls, quelques cliniciens isolés comme Marrotte, Hirtz, Parrot, frappés des caractères si particuliers de cette remarquable affection, se demandaient parfois si la vieille Ecole vitaliste de Montpellier n'était pas dans le vrai, quand elle faisait de la pneumonie une maladie générale, une pyrexie avec détermination sur le poumon. Mais c'étaient

là des opinions personnelles, sans retentissement dans le public médical (1).»

La doctrine de la « vieille Ecole vitaliste » précieusement conservée dans l'enseignement clinique de Montpellier, est aujourd'hui presque universellement adoptée, et cela, comme le disait naguère le professeur Peter (2), grâce surtout aux travaux des tenants de l'organicisme.

Quelques mots d'histoire sont ici nécessaires.

C'est en 1869 qu'est attaquée pour la première fois, en dehors de Montpellier, la doctrine de l'école anatomique. Le clinicien que nous venons de nommer déclarait, au milieu du scepticisme général, que la pneumonie est la localisation d'une fièvre.

Presque en même temps, Jürgensen formule la théorie qui fait de cette même pneumonie une maladie *générale infectieuse*. Plus heureux que Peter, le clinicien Allemand, après avoir soulevé, comme le dit si bien le savant critique dont nous venons de donner un extrait, un étonnement mêlé de scandale, recruta des partisans, si bien que son opinion est presque généralement adoptée en Allemagne.

« En France, les résistances ont été plus fortes; beaucoup de médecins tenaient à l'ancienne doctrine de la phlegmasie pulmonaire et plus encore au dogme du refroidissement, comme cause essentielle de la pneumonie; ils repoussaient de toutes leurs forces la doctrine de l'infection, ou s'ils l'admettaient, c'était pour des cas exceptionnels, pour des formes morbides étrangères en réalité à la pneumonie vraie.

» L'importante revue que M. Hallopeau a publiée, ici même,

(1) H. Barth. — La pneumonie est-elle une maladie infectieuse? *in Revue des sciences médicales* 1884, octobre.

(2) Les doctrines médicales contemporaines devant la clinique. Leçon d'ouverture, *Semaine médicale*, 15 décembre 1886.

à la fin de l'année 1878, répond à cet état d'esprit et renferme une plaidoirie magistrale pour la tradition de l'école de Paris, contre les idées de Montpellier, rajeunies par les savants d'Outre-Rhin (1).»

Cependant la littérature médicale fournissait des preuves et des preuves bien nettes d'épidémies pneumoniques. Stoll avait rapporté des épidémies de fièvre pneumonique bilieuse; Grisolles avait cité des épidémies de pneumonie. C'était, il est vrai, d'une pneumonie particulière qu'il s'agissait. « La médecine, éclairée par l'observation, connaissait, depuis un temps immémorial, la pneumonie grave d'emblée par la prostration rapide et profonde des forces organiques; maintes fois on avait recours à l'épithète de maligne pour qualifier cette pneumonie redoutable entre toutes. La médecine savait également que cette maladie peut frapper dans le même temps un plus ou moins grand nombre d'individus, si ces individus sont exposés aux mêmes influences malignes, de sorte qu'elle peut revêtir momentanément un caractère épidémique. Ces enseignements traditionnels sont d'une incontestable vérité et peut-être les a-t-on trop oubliés (1).»

C'est à cette pneumonie désignée par les anciens sous le nom de maligne, que Leichtenstern donna, en 1875, la dénomination d'asthénique primitive. Des épidémies nombreuses, que le lecteur trouvera mentionnées dans la *Revue de Barth*, déjà citée, ont été rapportées depuis. La plus remarquable est celle de la prison de Moring, en Hanovre, relatée en 1878 par Kühn. Qu'il s'agisse d'épidémie de villages ou de prison, comme dans le cas de Kühn, ou de maison, comme dans les cas de Daly, l'asthénie primitive domine, les symptômes adynamiques sont au premier plan et légitiment

(1) H. Barth, *loc. cit.*

(2) Jaccoud, Clinique de la Pitié 1885, p. 442.

presque l'appellation de pneumonie typhoïde, adoptée par beaucoup d'auteurs, appellation rejetée avec raison par Jacoud et par M. le professeur Grasset. Nous verrons dans la suite ce qu'il faut entendre par pneumonie typhoïde.

Voilà donc un premier ordre de faits propres à la justification de la théorie de Jürgensen: il y a des épidémies de pneumonie. Une autre raison plaide en faveur de l'idée d'infection, c'est là part prépondérante des phénomènes généraux, d'une part, la multiplicité des lésions anatomiques, d'autre part. Les phénomènes généraux tels que l'ataxo-adynergie, l'albuminurie, l'ictère, la faiblesse du pouls et du cœur, la diarrhée, etc., les complications nombreuses telles que les pleurésies, les péricardites, l'endocardite végétante, la tuméfaction de la rate, la néphrite albumineuse, la méningite ne peuvent, comme on l'a fait remarquer avec raison, être expliquées d'une façon satisfaisante que par l'hypothèse d'une infection.

Mais toute maladie infectieuse comporte un micro-organisme. Ce micro-organisme paraît bien connu depuis les travaux de Friedlander, qui en a donné les caractères morphologiques en 1883, après bien des tâtonnements. Nous disons *paraît*, car Talamon en France, Fränkel en Allemagne, ont trouvé un microbe différent de celui de Friedlander. Dernièrement encore, Fränkel écrivait que le pneumobacille de Friedlander n'est nullement l'agent de la pneumonie fibrineuse. Au micro-organisme en capsule de Friedlander, il oppose un bacille lancéolé semblable à celui qu'a rencontré Talamon. Il est certain que la présence du microbe lancéolé a été constatée dans de nombreux cas de pneumonie; mais les inhalations de culture de ce micro-organisme, ne produisent pas la pneumonie chez le lapin,

contrairement à ce qui a lieu pour le pneumo-bacille de Friedlander (1).

Les travaux de Babes, d'Afanassiew, d'Emmerich, concordent absolument avec les résultats obtenus par Friedlander, tant au point de vue de la forme du micro-organisme, qu'à celui des expériences d'inoculation. Il semble logique d'admettre, avec Cornil et Babes (2), que le micro-organisme de la pneumonie aiguë fibrineuse affecte plusieurs formes, dont la plus importante est celle qu'a décrite Friedlander.

Il ressort clairement de ce qui précède que, dans certaines circonstances, la pneumonie peut affecter les allures d'une maladie infectieuse; elle sévit épidémiquement, elle a son micro-organisme spécial, elle produit des lésions anatomiques à siège multiple. De plus, c'est, le lecteur s'en est aperçu, une maladie de tout l'organisme, au moins dans cette forme. Faut-il se contenter de faire de la pneumonie asthénique primitive une maladie générale, et conserver l'épithète de locale, à la pneumonie fibrineuse, aiguë, franche? Nous ne le pensons pas. D'accord avec l'enseignement clinique des maîtres de Montpellier, nous croyons que la pneumonie est toujours l'expression d'un état morbide général. L'antériorité de la fièvre, les phénomènes généraux, le défaut de relation entre l'étendue de la lésion et les phénomènes locaux, la persistance de la lésion après la défervescence, sont autant d'arguments en faveur de cette idée. Et ce ne sont pas les seuls, ainsi que nous allons le voir.

(1) Voyez à ce sujet une intéressante revue, in *Journal des connaissances médicales* de Cornil, Mars 1887.

(2) Les Bactéries.

B. — La pneumonie aiguë n'est pas une ; il y a des pneumonies, ou plutôt des pyrexies pneumoniques.

La doctrine de l'unicité de la pneumonie, combattue par Friedlander, Jürgensen et Fränkel en Allemagne, par Peter et l'Ecole Montpelliéraine, trouve encore de nombreux partisans en Allemagne et en France.

Leichtenstern et Liebermeister avaient déjà décrit deux formes de la pneumonie aiguë fibrineuse : la première non infectieuse, la seconde asthénique primitive infectieuse. M. le professeur Hayem propose aussi de diviser cette même affection en deux variétés : la pneumonie inflammatoire simple et la pneumonie infectieuse.

Contre cette division s'est élevé avec beaucoup de force M. le professeur Jaccoud. Après avoir comparé deux cas, l'un de pneumonie asthénique primitive, l'autre de pneumonie franche, il montre, comme on l'avait déjà soutenu, que les microbes étaient identiques dans les deux cas. Les recherches dont nous avons parlé prouvent d'ailleurs que la pneumonie dite franche, vulgaire, présente les caractères bactériologiques qui rappellent parfaitement ceux de la pneumonie dite infectieuse. Afanassiew et Cornil sont très explicites à ce sujet. Ce dernier ajoute : « Je ferai, en outre, remarquer que l'on trouve le microcoque de la pneumonie toutes les fois que, dans le cours d'une maladie grave, fièvre éruptive, fièvre typhoïde, les poumons deviennent le siège d'hépatisation (1). »

Aussi, M. Jaccoud s'empresse-t-il de dire que « la dualité de la pneumonie est une erreur due à une conclusion trop

(1) Société de Biologie, mai 1884.

hative, et que le microbe inoculable étant aujourd'hui la preuve du caractère infectieux, il n'y a pas de raison valable pour attribuer ce caractère à une certaine pneumonie, et pour le refuser à une certaine autre. En fait, toutes les pneumonies à hépatisation sont égales devant le microbe : *la pneumonie est une* ; c'est une maladie microbienne. Telle est l'incontestable proposition qu'impose cette longue série de recherches.»

Cornil et Babes, avec Jürgensen, Germain Sée et d'autres, croient que la pneumonie infectieuse et la pneumonie aiguë franche sont une seule et même maladie plus ou moins intense.

A côté des arguments tirés de l'anatomie pathologique, il faut placer les arguments tirés de la clinique. Les signes physiques, disent les partisans de l'unicité, sont toujours les mêmes. Il semble donc, d'après ces données, que l'unicité s'impose du moins pour les pneumonies aiguës franches, ou dites infectieuses ; c'est le contraire cependant qui est vrai.

Avec son grand esprit clinique, le professeur Jaccoud, après avoir affirmé l'unicité de la pneumonie aiguë au point de vue du microbe, s'élève contre la théorie qu'il avait l'air de défendre. L'unicité, pour lui comme pour nous, ne va pas plus loin que le microbe, la lésion et les signes physiques ; à partir de là, il n'y a que des différences, car le malade réagit à sa manière contre la cause morbigène. « Quoi de plus dissemblable, dit-il, au point de vue médical, que la pneumonie dite franche et la pneumonie dite asthénique, primitive ou infectieuse ? Pouvez-vous imaginer deux malades plus différents entre eux que les deux pneumoniques dont je vous ai parlé ? C'est impossible, et pourtant ils ont le même microbe et en abondance sensiblement égale.

» Quel est donc le véritable créateur de la situation morbigène ? quel est l'auteur de la forme pathologique ? C'est le

malade qui fait sa pneumonie comme il peut, sans que ce microbe indifférent, présent et identique, dans les circonstances les plus opposées, puisse revendiquer le moindre rôle effectif (1).»

Mais ce n'est là qu'un des côtés de la question. Assurément le tempérament et la constitution du sujet, l'état de ses forces, ont une influence considérable sur les allures et la forme de la pneumonie aiguë franche.

Tel malade jeune et vigoureux, soumis en pleine santé à l'influence du froid, et atteint consécutivement de pneumonie, réalisera une pneumonie fibrineuse classique; tel autre, faible, débilité par des excès ou la misère, réalisera, sous l'influence de la même cause, une pneumonie asthénique.

Mais en dehors du sujet lui-même, il faut considérer les circonstances étiologiques. La doctrine de l'action du froid comme cause de pneumonie aiguë était, il y a quelques années, universellement acceptée, et c'est parce que la pneumonie aiguë était ainsi considérée comme une maladie à *frigore*, que la théorie de l'infectiosité a rencontré de si vives oppositions. Abandonnée aujourd'hui par beaucoup de médecins, cette théorie ne mérite certainement pas d'être rejetée; elle a pour elle des faits nombreux, et chacun de nous a pu en observer. H. Barth rappelle le cas de Rühle «où un individu, après avoir fait en plein hiver une longue course en traîneau, sans abri, est pris brusquement, le soir même, d'une pneumonie double», et celui de Batimier, «qui a vu un jardinier contracter une pneumonie à la suite d'une chute dans un puits.

De ces faits, on peut rapprocher les deux observations que Jaccoud a présentées récemment à l'Académie des Sciences, dans une communication sur laquelle nous aurons à revenir. Généralement, si le froid agit sur des sujets indemnes de

(1) Jaccoud, *loc. cit.*, p. 456.

tare diathésique, l'on a le tableau d'une pneumonie aiguë, avec fièvre inflammatoire franche. Cette forme se réalisera d'autant mieux que le froid sera plus intense et plus sec. Au printemps et en automne se montrent plutôt des pneumonies à symptômes généraux moins marqués, à début moins brusque, caractérisé par de petits frissons répétés et par une intensité moindre des phénomènes réactionnels, bien que la lésion et les signes physiques soient les mêmes qu'au cas précédent. Il s'agit ici d'une pneumonie aiguë catarrhale au sens traditionnel du mot.

Poursuivant cette étude étiologique, en combinant d'une part les influences atmosphériques, d'autre part les prédispositions du sujet, nous voyons que la pneumonie est tantôt la manifestation d'une fièvre rhumatismale, d'autres fois, comme nous l'avons entendu enseigner par M. le Professeur Combal, la manifestation unique d'une fièvre érysipélateuse, dans d'autres circonstances, une complication d'une fièvre éruptive ou d'une maladie générale diathésique ou fébrile.

En sorte que la pneumonie n'est pas une maladie à forme toujours univoque, qu'elle emprunte un cachet particulier à l'affection dont elle dépend, à l'organisme sur lequel elle évolue, aux causes qui l'ont fait éclore. A côté de la pneumonie franche dont nous avons parlé et qui affecte les allures d'une fébri-phlegmasie, de la pneumonie asthénique primitive, manifestation d'un état général infectieux, il y a lieu d'en décrire d'autres. Et, considérant que c'est l'état général qui règle les allures de la maladie et la revêt d'une forme variable, nous pensons qu'il y aurait un avantage sérieux à remplacer ce mot de pneumonie aiguë par celui de pyrexie pneumonique, la fièvre étant ici la caractéristique importante d'une lésion pulmonaire univoque. C'est dire que nous adoptons complètement les dénominations de pyrexie pneumo-paludéenne, pneumo-rhumatismale, pneumo-typhoïde,

proposées par M. le Professeur Grasset. Il ne nous a pas été donné d'observer des cas de toutes ces variétés. Quelques faits qui pourraient plaider en faveur des idées que nous acceptons n'ont pas été suivis par nous avec assez de soin et manquent de contrôle. Aussi nous bornerons-nous à reproduire les observations de pyrexie pneumo-typhoïde et pneumo-paludéenne rapportées par M. Grasset, les seules que nous ayons pu suivre, et quelques autres puisées dans divers auteurs, convaincu d'avance que nos Juges pardonneront à notre inexpérience le nombre restreint des faits que nous avons réunis.

CHAPITRE II.

DE LA PYREXIE PNEUMO-TYPHOÏDE.

A. — Que doit-on entendre sous la dénomination de pyrexie pneumo-typhoïde.

Beaucoup d'auteurs réservent ce nom à une maladie caractérisée anatomiquement par une lésion pulmonaire, cliniquement par des symptômes généraux typhiques graves. Telle la pneumonie typhoïde décrite par Monneret et Fleury (1), Grisolle (2); Hérard et Gauchet (3), Lorain (4), Bucguoy (5), Floquet (6). Plus récemment encore, Hayem et Gilbert (7), ont adopté cette manière de voir, et la thèse récente de Mulette (8), inspirée par M. Hayem, est consacrée à la description de la pneumonie typhoïde, avec les caractères indiqués plus haut. « La pneumonie typhoïde, dit Mulette, est une affection tantôt sporadique et tantôt épidémique, qui s'annonce le plus souvent par des symptômes généraux rappelant ceux du début de la dothiéntérie.

» Les signes d'une pneumonie lobaire apparaissent plus ou moins tardivement. L'état général s'aggrave, l'ataxie et l'adynamie s'établissent, la température plane fort élevée, les

(1) Compendium de médecine, t. VII et VIII, 1846.

(2) Traité pratique de la pneumonie, 1846.

(3) Sur la pneumonie typhoïde. *Union médicale*, 1860.

(4) De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies.

(5) *Gazette des Hôpitaux* 1879.

(6) De la pneumonie typhoïde. Th. Paris 1879.

(7) Notes sur deux cas de pneumonie typhoïde. *Archives générales de Médecine* 1884.

(8) Mulette Th. Paris 1886.

urines deviennent albumineuses, la rate et dans quelques cas le foie, se tuméfient. L'évolution de ces accidents est rapide et la terminaison par la mort fréquente.»

Cette forme de pneumonie, qui diffère de la fièvre typhoïde par l'absence des lésions intestinales, et de la pneumonie franche par le caractère du coagulum sanguin, serait, d'après Hayem, une maladie infectieuse idiopathique.

Si le lecteur se rappelle ce que nous avons dit à propos de la pneumonie asthénique primitive, appelée aussi infectieuse, il lui sera facile de la rapprocher de la pneumonie typhoïde telle que la comprennent les auteurs que nous venons de citer. A la place de l'épithète typhoïde, mettez celle d'asthénique primitive, et vous aurez absolument le tableau de la pneumonie infectieuse de Leichtenstern. Ce que nous avons dit dans le précédent chapitre nous dispense d'expliquer longuement pourquoi nous rejetons le mot typhoïde ainsi appliqué. Ce ne peut pas être à une maladie de ce genre que doit être réservé l'appellation de fièvre pneumo-typhoïde, et nous classerons tous les faits dont il vient d'être question sous la rubrique *d'asthéniques*, qui leur convient en tous points.

Nous réserverons donc l'appellation de pyrexie pneumo-typhoïde à des cas dans lesquels il existe à la fois la pneumonie et la dothiéntérie. Mais il faut encore, comme l'a fait M. le professeur Grasset, faire une restriction. C'est à tort, en effet, que dans sa thèse, remarquable à plusieurs titres, Galissart de Marignac (1) étudie, sous le nom de pneumo-typhus tous les cas de pneumonie survenant pendant le cours ou la convalescence de la fièvre typhoïde. La pneumonie lobaire de la convalescence, alors que l'agent infectieux typhique a cessé son action, alors que l'organisme est

(1) Galissart de Marignac, th. Paris 1880.

débilité par une longue lutte contre une affection grave, doit être écartée : elle ressemble trop aux pneumonies de toutes les convalescences. A tout prendre, on devrait, avec quelques médecins, donner le nom de pneumo-typhoïde à toutes les pneumonies lobaires qui surviennent soit au début, soit pendant la période d'état de la dothiéntérie. Il est bien évident, en effet, que ces pneumonies sont une des déterminations de la fièvre typhoïde, surtout celle de la période d'état. C'est ainsi que la question a été comprise par Gibbes (1). Malheureusement, dans les cas de pneumonie survenue pendant la période d'état de la fièvre typhoïde, les symptômes thoraciques sont fort peu accusés, et occupent absolument le second rang. Les symptômes généraux sont le plus souvent assez silencieux, et ces pneumonies ne répondent guère à l'idée d'une prédominance des symptômes pneumoniques dans le tableau morbide, prédominance qui paraît avoir guidé les médecins Allemands qui ont appliqué les premiers la dénomination de pneumo-typhus à des cas de dothiéntérie dans lesquels la localisation pulmonaire se manifestait bruyamment et laissait au second plan les symptômes typhiques. Admettre dans le groupe des pyrexies pneumoniques des cas où la pneumonie se révèle si peu, ce serait, croyons-nous, oublier l'esprit et le but qu'indique le titre de ce travail.

Dietl est le premier qui ait appliqué le nom de pneumo-typhoïde à des fièvres typhoïdes présentant, dès leur début, une pneumonie. « Il y a, dit-il, des typhiques qui, dès les premiers jours, présentent une pneumonie, comme si le processus intestinal se portait en tout ou en partie sur les poumons. Ce sont là les vraies pneumo-typhoïdes dans le sens clinique du mot, et ce sont celles qui ont été décrites anciennement

(1) *American journal*, 1842.

sous le nom de pneumonies nerveuses et de nos jours sous celui de pneumonies-typhoïdes. Le diagnostic est souvent difficile, quelquefois même impossible. Dans quelques cas, on voit apparaître un léger exanthème en même temps que la pneumonie, d'autres fois l'exanthème ne survient qu'après. Enfin, dans quelques cas, il n'y en a pas du tout, et le diagnostic n'est fait, et encore pas toujours, qu'à l'autopsie (1).

Ghérardt (2) s'est fait le défenseur de l'idée exprimée ci-dessus. Il ne considère comme appartenant au pneumo-typhus que les cas dans lesquels la pneumonie apparaît dès le début de la fièvre typhoïde. Son travail est l'un des plus importants sur la matière.

Nous retrouvons la même opinion exprimée par Patain. « Tout récemment M. Potain signalait, dans une leçon clinique, certaines pneumonies initiales qui débudent et évoluent à la façon d'inflammations simples et primitives, et marquent cependant l'invasion de la dothiéntérie. Dans le cours de la première semaine, pendant que les symptômes propres de la pneumonie s'amendent, les signes de la fièvre typhoïde (tuméfaction de la rate, taches rosées, douleurs iliaques, etc.), se montrent successivement. Il ne s'agit pas là sans doute d'une pure coïncidence, mais d'une localisation primitive tout à fait inaccoutumée du typhus abdominal (3). » Lépine (4) G. Sée (5) et Letulle (6) sont de cet avis. C'est à cette opinion que se rattache M. le professeur Grasset, dont les leçons ont inspiré ce travail (7).

(1) Dietl. Sur le Diagnostic et le traitement du typhus. *Wiener Wochenschrift*, 1855, cité par Galissart.

(2) Ghérardt. De la pneumonie typhoïde : Schmid Jahrbücher, 1875.

(3) Homolle. *Rev. des sc. méd.*, t. x, 1877.

(4) Lépine. *Rev. mensuelle de méd. et chir.* 1878, art. *Pneumonie*. Dictionnaire Jacoud, 1880.

(5) G. Sée. Des maladies spécifiques du poumon 1885.

(6) Des pyrexies abortives, th. agrégation 1886.

(7) Grasset. Leçons cliniques sur les pyrexies pneumoniques. *Montpellier médical*, janvier et février 1887.

Ainsi comprise, la pyrexie pneumo-typhoïde existe-t-elle? Evidemment oui, et les faits publiés sont déjà nombreux. Il y a d'abord les cas avec autopsie, qui légitiment, plus que tous les raisonnements, l'opinion du savant Maître. Ces cas ne sont pas nombreux. Nous allons les reproduire tels qu'ils se trouvent dans le travail de M. Grasset.

Observation I.

(Grasset (1).

Le 31 octobre dernier, le jour même où j'ai pris le service, entré au N° 33 de la salle Saint-Lazare, un italien, étameur de son état, difficile à interroger sans interprète, mais chez lequel on constatait tout de suite une fièvre ardente (40°) avec le cortège habituel des symptômes qui accompagnent la fièvre: céphalalgie, brisement général des membres, envies de vomir; plus un léger gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Les renseignements sont peu précis sur la date et le mode de début de la maladie. Son patron dit qu'il était fatigué depuis une dizaine de jours; mais il avoue lui-même avoir fait la noce et s'être soulé tout récemment. C'est un alcoolique.

La fièvre reste très élevée; le lendemain, un vomitif qui fait expulser deux ascarides par la bouche, n'empêche pas le thermomètre de se maintenir autour de 40° (39°7 le matin du 1^{er} novembre; 40°8, le soir).

La nuit du 1^{er} au 2, il délire tranquillement (paroles incohérentes, mouvements pour enlever ses couvertures, peu d'agitation).

(1) Résumée d'après l'observation remise par notre chef de clinique, le Dr Sarda,

Le matin le délire a cessé, mais l'intelligence reste obnubilée. La température est toujours très élevée et continente (40°5 le matin et 40°6 le soir). Le pouls est à 140.

C'est ce jour-là, 2 novembre, que les signes physiques thoraciques apparaissent, et quoiqu'ils soient peu accentués (matité peu étendue, quelques sous-crépitations fins à la toux, souffle léger) le diagnostic, en suspens jusque-là, est porté de pneumonie chez un alcoolique.

Le délire se reproduit ce jour-là et le lendemain; la fièvre continue à 39°2; 40° et 132 à 140 pulsations. Les signes stéthoscopiques se maintiennent et s'accroissent; les lèvres se sèchent et se fendillent.

Le 4, après une nuit de délire, l'affaissement est très marqué le matin; la température se maintient à 40°5 et 39°9; le pouls à 140, mais il est très dépressible. La résolution des forces est presque complète.

L'état typhoïde apparaît nettement ce jour-là.

Le 5, l'état pulmonaire local semble amélioré en ce sens que le souffle disparaît pour faire place à des râles sous-crépitations; mais l'état général empire, l'adynamie est extrême, le pouls petit, dépressible; la température brusquement tombée à 38°2 le matin, remonte à 39° le soir.

Le 6, l'état du poumon est en désaccord croissant avec l'état général qui empire malgré toutes les médications employées (nous réservons tout ce qui a trait au traitement pour un chapitre spécial). Subdélire, diarrhée légère, 38°5 et 39°.

Nous affirmons de plus en plus la pneumonie typhoïde, en insistant sur l'importance prépondérante de l'état général, de la fièvre, au point de vue du pronostic et du traitement.

Le 7, 38°7 et 116 pulsations le matin; 39° et 128 pulsations le soir. Adynamie croissante, pouls misérable.

Le 8, 39,3 le matin ; 40°4 le soir. Pouls à 160, irrégulier, parfois intermittent. Subdelirium.

Il succombe la nuit suivante.

Autopsie (1).— Dans la cage thoracique, il n'y a ni adhérences pleurales, ni liquide dans la plèvre ; pas de liquide dans le péricarde. Seulement un peu de pleurésie diaphragmatique droite.

Le poumon droit, qui pèse 870 gr., présente dans ses deux tiers supérieurs une partie hépatisée de la grosseur du poing : c'est un état intermédiaire entre l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise. La lésion est plus avancée au sommet.

Le poumon gauche pèse 820 gr., il présente au sommet un noyau un peu moins gros que celui du poumon droit : ici c'est de la vraie hépatisation grise. Tout le reste du poumon est un peu congestionné.

Au cœur, qui pèse 230 grammes, aucune trace d'inflammation ancienne. La couleur générale est lie de vin, surtout à l'orifice mitral et sur le ventricule droit.

Le foie (2,050 grammes) est congestionné.

La rate (570 grammes) est très congestionnée, sa pulpe réduite en bouillie.

Les ganglions mésentériques sont fortement engorgés.

Dans la dernière partie de l'intestin grêle, sur une étendue d'un mètre, on trouve des plaques de Peyer extrêmement nombreuses, gonflées, élevées, réticulées, infiltrées, tuméfiées se détachant manifestement de la muqueuse environnante : certaines sont manifestement ulcérées. Il y en a qui ont 0,08 à 0,10 de longueur.

La lésion porte également sur les follicules isolés.

(1) Résumée d'après les notes remises par notre directeur des autopsies, le Dr Carriou, professeur-agrégé.

Observation II.

(Chomel)

Un homme de 25 ans est subitement pris, quatre jours avant l'entrée à l'hôpital, d'un point de côté avec frisson et fièvre. Le cinquième jour de la maladie, fièvre vive, douleur sous le mamelon gauche, crépitation et matité en bas et en arrière à gauche, crachats adhérents au vase.

Le douzième jour, surviennent de la diarrhée, du météorisme et de la douleur dans la fosse iliaque droite, sécheresse de la langue, augmentation de la toux et de la dyspnée.

La prostration va en augmentant et la mort survient le dix-neuvième jour.

A l'autopsie, hépatisation rouge complète, tendant à passer à la suppuration, de tout le lobe inférieur du poumon gauche. Dans toute la longueur de l'iléon, huit à dix plaques elliptiques bien dessinées, saillantes sur la muqueuse; quelques-unes rouges, d'autres grisâtres où blanchâtres, pas d'aspect gaufré; toutes couvertes d'un réseau à larges mailles et si ramolli qu'on l'enlève facilement avec le doigt. La plus rapprochée du cœcum offre un commencement d'ulcération. Les ganglions mésentériques sont gonflés, rouges et ramollis. La rate est triplée de volume.

Observation III

(Raynaud)

Un homme de 19 ans a depuis quinze jours du malaise, de l'inappétence, des douleurs abdominales, puis des coliques. Ensuite il tousse, a de la gêne dans la respiration et rend des crachats sanguinolents.

A son entrée, le malade est abattu, la langue est large et couverte d'un enduit grisâtre; la toux est fréquente et les crachats sont rouillés. Il y a de la matité et des râles crépitants à la base du côté gauche.

Plus tard surviennent de l'agitation, du délire, la rate est médiocrement volumineuse, la face hébétée; il y a de la diarrhée et les douleurs abdominales augmentent par la pression.

Il meurt le septième jour de son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, hépatisation rouge du lobe inférieur gauche, engouement des lobes moyen et inférieur droits.

Les intestins sont distendus par des gaz. Le cinquième inférieur de l'intestin grêle présente un développement considérable des glandes de Brunner.

Les plaques de Peyer sont tuméfiées, rouges; quelques-unes, les plus inférieures, sont dans un état voisin de l'ulcération. Il y a en outre une perforation stomacale et de la péritonite

Observation. IV

(Griesenger)

Une fille de 15 ans mourut au neuvième jour de la maladie. Elle offrait une augmentation très considérable du volume de la rate: 0^m15 de longueur, 0^m10 de largeur, 0^m06 d'épaisseur. Ce viscère était turgescent, mou, ramolli.

Beaucoup de glandes mésentériques présentaient une tuméfaction récente et une couleur d'un violet clair.

Les glandes de Peyer étaient légèrement tuméfiées, d'un rose rouge foncé ou grisâtre, un peu réticulées; sur une plaque, il y avait une perte de substance de la grosseur d'une tête d'épingle. Dans les deux poumons on trouva une hépatisation d'un rouge-brun, un peu molle, dans toute

la partie inférieure et à gauche dans une partie du lobe supérieur. L'aspect de la rate et des glandes mésentériques ne permet pas d'admettre qu'il ne s'agit que d'une pneumonie double ordinaire.

Observation. V

(Maraud)

Un homme de 21 ans est pris d'un violent frisson, avec tremblement des membres et claquement de dents qui dure plus d'une heure. Le lendemain, point de côté à gauche sous le mamelon, puis toux avec crachats. Le troisième jour seulement, vomissements et diarrhée qui se calment facilement.

Il entre à l'Hôpital le cinquième jour, avec de la dyspnée, de la fièvre et les signes physiques d'une pleuropneumonie à gauche. Le sixième jour, même état général, beaucoup d'inquiétude; le pouls est toujours fréquent.

Le 7^{me} jour, abattement, le pouls petit et fréquent, respiration précipitée, ballonnement considérable du ventre.

Asphyxie progressive et mort le 8^{me} jour.

A l'autopsie, pleuro-pneumonie à gauche, congestion de la base à droite, rate volumineuse, friable; ganglions mésentériques hypertrophiés, mais non ramollis. Intestins tympanisés; neuf ou dix plaques de Peyer hypertrophiées dans la seconde moitié de l'iléon, quelques-unes longues de 0^m02 ou 0^m03 centim. et larges de 0^m008 à 0^m010 millim. toutes blanches grisâtres et peu saillantes.

Les follicules clos isolés sont augmentés de volume et forment un semis très abondant, surtout autour de la valvule iléo-cœcale. Pas d'ulcérations ni même de nécrose à la surface des plaques.

Observation VI.

(Jaccoud) (1).

Un homme de 18 ans est alité depuis quatre ou cinq jours. Maux de tête, épistaxis, diarrhée, gargouillements dans la fosse iliaque droite, matité, souffle, râles crépitants en bas, en arrière et à gauche.

Le lendemain, pneumonie manifeste du lobe inférieur gauche, qui s'étend le lendemain à tout le poumon gauche. Taches rosées le jour suivant.

Mort dans la prostration vers le quinzième jour de la maladie.

A l'autopsie : hépatisation grise de tout le lobe inférieur du poumon gauche, rate doublée de volume, ramollie ; ganglions mésentériques tuméfiés, ramollis. Dans l'intestin, gonflement des plaques de Peyer sans ulcérations. Hypérémie et ulcérations de plusieurs follicules clos dans toute la moitié terminale de l'iléon.

Observation VII.

(Carrieu)

Un homme de peine de 26 ans, entre le 24 septembre à la clinique médicale, où il est couché au N° 10 de la salle Saint-Lazare.

Le début a été insidieux : huit jours avant, courbature, perte de l'appétit. Puis sont survenus de la céphalalgie, des rêves continuels la nuit. Il suspend son travail le 23, et a 40°5 de température axillaire à son entrée.

(1) Thèse de Galissart p. 109.

A ce moment, la diarrhée est très intense; la langue est large, blanchâtre au milieu; douleur et gargouillements dans la fosse iliaque droite, abattement assez considérable, réponses peu nettes, bronchite généralisée, râles sous-crépitanants sans matité en arrière à la base et à gauche.

Délire la nuit suivante, hébétude très prononcée, dyspnée. Le malade souffre beaucoup d'un point de côté au-dessous et en arrière du mamelon gauche. De ce côté, matité dans le tiers inférieur, obscurité de la respiration, quelques crépitanants à l'angle inférieur de l'omoplate. Température: le 25, 39°2 et 40°2; le 26, 39°6 et 39°7; le 27, 39°8 et 41°3.

28. Fièvre toujours forte (40°1 et 40°), expectoration sanglante.

29. Sorte de défervescence: 39°3 et 39°7, toux, pas d'expectoration, ronchus et sibilances en avant des deux côtés, submatité à droite, au sommet et en arrière; quelques frottements en ce point.

30. La température remonte: 40°6 et 40°. Délire dans la nuit, ataxo-adynergie, toux fréquente; à la base, à gauche et en arrière, vibrations augmentées, matité, râles crépitanants, crachats sanglants pneumoniques, même état du sommet droit.

1^{er} octobre, 39°6 et 40°6. Pas de délire, langue plus humide, abdomen ballonné et douloureux à la pression, pas de diarrhée; à la base, à gauche et en arrière, matité toujours très nette, vibrations diminuées, respiration soufflante au tiers moyen, râles sous-crépitanants, quelques frottements, un peu d'égophonie, matité et augmentation des vibrations au sommet droit et en arrière, bronchophonie, râles sous-crépitanants, souffle.

2. 40° et 40°2, délire, selles fréquentes, même état des poumons en arrière, submatité aux sommets en avant, souffle

avec gros ronchus à droite. Crachats rouillés, épais, adhérents au vase, bruits du cœur éloignés, sourds.

3. L'état s'aggrave: 40°4 et 40°9 et le malade succombe le 4 avec 41°.

Autopsie.— Le poumon gauche pèse 650 gr.; le lobe supérieur est congestionné, le lobe inférieur en hépatisation rouge. Le poumon droit pèse 690 gr.; le lobe supérieur est congestionné et le lobe inférieur en splénisation.

Le cœur, qui pèse 350 gr., présente une teinte feuille morte et se déchire facilement. L'aorte est petite, les valvules sont suffisantes.

Les ganglions mésentériques sont notablement augmentés de volume. La rate pèse 430 gr. et est très ramollie. Le foie (1,380 gr.) est grasseux et se laisse facilement déchirer.

Dans l'intestin grêle, à la partie inférieure, sur une longueur d'un mètre, il y a une teinte rougeâtre, des follicules clos très nombreux, faisant une saillie notable; à 0^m 20 cent. du cœcum, il y a quelques follicules agminés, légèrement ulcérés; à 0^m 06 cent. au-dessus, est un nouveau groupe avec ulcérations plus manifestes. Un peu plus haut est une plaque de Peyer gaufrée, longue de deux travers de doigt. Au-dessus, deux autres plaques sont plus étendues.

On le voit, dans tous les cas ci-dessus, sauf de légères nuances, les lésions sont identiques: ce sont à la fois celles de la pneumonie et celles de la fièvre typhoïde. Et l'on ne peut pas dire, comme au cas de pneumonie survenant au cours d'une dothiéntérie, qu'il y a complication d'une maladie par l'autre. Ce qui est plus avancé, c'est la lésion pulmonaire; mais dans la plupart des cas, il est facile de voir qu'hépatisation et altération intestinale sont le résultat d'une affection unique.

Que la pneumonie ait bruyamment ouvert la scène avec son cortège habituel de symptômes, qu'elle se soit produite après des prodromes que l'on peut attribuer à la dothiéntérie, peu importe : l'anatomie pathologique démontre que pneumonie et fièvre typhoïde sont contemporaines, à un jour ou deux près, ce qui éloigne absolument l'idée d'une complication de l'une par l'autre. Le type morbide est donc parfaitement établi de par les faits ci-dessus. Comme le fait remarquer M. le Professeur Grasset, ces faits ne sont pas nombreux assurément ; mais peu de temps s'est encore écoulé depuis le jour où Ghérardt montra dans quel sens il faut entendre la dénomination de pneumo-typhoïde, et il est bien probable qu'avant son travail on considérait les cas analogues comme des pneumonies compliquées de fièvre typhoïde. D'autre part, comme nous le verrons plus loin, le pronostic est peu grave, et la mort survient assez rarement à ce stade de la dothiéntérie. Ces raisons suffisent, croyons-nous, pour répondre aux objections que l'on pourrait nous adresser.

CHAPITRE II.

Histoire clinique de la pneumo-typhoïde.

SYMPTOMATOLOGIE.

La pyrexie pneumo-typhoïde débute par un frisson ou par de courts prodromes, après lesquels la fièvre apparaît vive et accompagnée des signes physiques et des symptômes de la pneumonie. A partir de ce moment, la symptomatologie de la pneumonie domine la scène, au moins pendant un septénaire. Mais déjà, on peut constater des différences marquées selon les cas. Ici, les phénomènes généraux sont en rapport avec l'état local pulmonaire; là, l'état général est d'une gravité exceptionnelle comparé à l'état local.

Voici un exemple très net du premier mode de début.

Observation VIII.

(Letulle.) (1)

Un individu bien portant, va le samedi au théâtre; en sortant, il éprouve un léger frisson, et le lendemain matin (dimanche) est atteint des symptômes de pneumonie (point de côté, crachats abricot, fièvre intense). Le lundi, il entre dans le

(1) Letulle, thèse d'agrégation, *loc. cit.*, p. 85.

service du professeur Lépine où l'on constate les symptômes précédents et les signes physiques d'une pneumonie unilatérale, caractérisée par des râles crépitants et un souffle tubaire doux. Le mardi (troisième jour de la maladie), les signes physiques s'atténuent; le mercredi, ils tendent à s'effacer; mais à la fin du premier septénaire, surviennent des tâches rosées et les accidents abdominaux d'une dothiéntérie. Dans ce cas, il s'agissait d'une pneumo-typhoïde.

Cadet de Gassicourt dit avoir observé trois cas semblables chez des enfants. « Dans tous les cas, les symptômes et la marche de la maladie ont été les mêmes: la pneumonie a évolué comme une pneumonie franche ordinaire; le début a été brusque, la température a été très élevée et en plateau; la défervescence s'est faite, une fois le 9^{me}, une fois le 10^{me}, une fois le 11^{me} jour; elle a été naturellement incomplète, puisque la fièvre typhoïde existait déjà (1).

Le plus souvent, comme le dit excellentement M. Grasset, il est naturel de penser à une pneumonie franche. Ce n'est que plus tard, au septième ou huitième jour, que, les symptômes pneumoniques s'amendant et, l'état typhoïde s'accusant de plus en plus, l'on songe à une dothiéntérie.

Dans un second ordre de faits, il n'y a pas, avons-nous dit, de frisson initial ni de point de côté violent. L'état général cependant est, dès les premiers jours, semblable à celui d'un typhique; mais la pneumonie est évidente, autant de par le fait des symptômes fonctionnels que des signes physiques, et le diagnostic de pneumonie est le seul logique en pareil cas. On ne peut qu'avoir des soupçons au sujet d'une dothiéntérie, dont sensiblement les phénomènes apparaissent; en sorte que l'on a en même temps, chez le même

(1) Cadet de Gassicourt, *Traité clin. des maladies de l'enfance*, t. II, p. 576.

malade, les symptômes pneumoniques et ceux d'une fièvre typhoïde commençante.

Telle est l'observation suivante, empruntée aux leçons de M. Grasset.

Observation IX.

(Grasset).

Le 8 novembre au soir nous est entré un jeune homme de 19 ans, paraissant extrêmement fatigué; dyspnée intense, point de côté très violent. Dès qu'il veut parler, les phrases sont entrecoupées par une petite toux sèche très pénible; le pouls est petit, à 120 pulsations; la fièvre est ardente. En arrière et à droite, il y a de la submatité, quelques râles sous-crépitaux fins à l'angle inférieur de l'omoplate; la respiration est obscure à la base.

L'histoire antérieure de ce malade est assez imagée et présente une accumulation de causes de débilitation et de refroidissement.

C'est un tailleur d'habits, célibataire, très peu fortuné. Il est très préoccupé depuis quelque temps d'un projet de mariage que sa famille veut empêcher. D'une complexion faible, il n'a jamais été sérieusement malade, mais s'enrhûmait presque tous les hivers.

Le 8 octobre, il va à pied de Cette à Montpellier, en marchant très rapidement. Arrivé au pont de Rieucoulon, à 3 kilomètres de Montpellier, il s'arrête au cabaret et avale une grande quantité de boissons glacées. Il continue son chemin; puis dans la soirée revient à Cette par le chemin de fer. Après une nuit passable, il sent, le lendemain, de la courbature et

de la céphalalgie; il commence à tousser. Il reprend son travail, mais sans recouvrer sa santé antérieure; notamment il continue à tousser.

Vers le 29 octobre, il se fatigue à transporter de l'eau pour éteindre un incendie; il se mouille et garde ses vêtements trempés pendant la nuit et le jour suivant. Le lendemain il va à Nîmes, se promène tout le jour, sous une pluie battante. La toux et la courbature augmentent. Le 5 novembre apparaît de la diarrhée; le 6, un point de côté violent, et le 7 il entre à l'hôpital.

A son entrée, outre l'état que nous avons décrit en commençant, il présente une faiblesse extrême. Dans la nuit du 7 au 8; il veut aller à la selle et tombe évanoui. Le 8, fièvre ardente à 40°4. Quand il est assis depuis quelques minutes pour l'auscultation en arrière, il est sur le point de défaillir. Mêmes signes thoraciques. Langue blanchâtre au milieu, rouge à la pointe et sur les bords; douleur au creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite; diarrhée modérée.

L'état reste à peu près le même jusque vers le 12; à ce moment, la fièvre persistant très forte, l'état étant à peu près pareil, la situation pulmonaire s'est notablement améliorée. Il n'y a plus guère que des sous-crépitations aux deux bases.

La maladie n'est cependant pas terminée. La fièvre n'a pas cédé le moins du monde; les taches rosées apparaissent très nettes le 13; la diarrhée continue et la fièvre typhoïde commence à évoluer classiquement. Il y a encore des signes thoraciques à cette période, mais ils sont d'un tout autre ordre: ce sont des râles sous-crépitations aux deux bases, c'est la congestion hypostatique normale de la fièvre typhoïde en évolution; ce n'est plus la pneumonie initiale. La fièvre continue très élevée, sans rémission.

Il n'y a pas d'hésitation : c'est une fièvre typhoïde qui évolue avec son cortège symptomatique ordinaire (1).

L'observation suivante, de Cadet de Gassicourt rappelle, dans ses traits principaux, l'observation ci-dessus.

Observation X.

(Cadet de Gassicourt).

Un enfant de 5 ans entrant dans mon service le 16 octobre 1877, sans aucun renseignement. Il avait 40° de température, le pouls à 120, la langue blanche, humide, sans caractères précis, le ventre un peu tendu ; pas de taches rosées, pas de selles liquides, rate non limitable. La dyspnée était très-marquée ; à la percussion, je constatai une matité bien nette dans la fosse sus-épineuse droite, de la submatité dans la moitié supérieure à la fosse sous-épineuse, et à l'auscultation un souffle très-accusé, quoique un peu éloigné de l'oreille, avec retentissement de la toux et de la voix ; pas de râles.

L'apparence générale était celle d'un typhique, mais en présence des signes de percussion et d'auscultation, le diagnostic était écrit ; il s'agissait d'une affection pulmonaire, congestion aiguë, pneumonie franche ou broncho-pneumonie. Dès le lendemain d'ailleurs, la question était tranchée en faveur d'une pneumonie franche par la persistance des signes physiques et de l'élévation thermométrique. Je continuai néanmoins à tenir le malade en observation au point de vue d'une dothiéntérie possible, à cause d'un ballonnement du ventre et de la diarrhée ; mais j'instituai le traitement de la pneu-

(1) Depuis que cette leçon a été faite, la dothiéntérie a évolué, grave, mais régulière. Aujourd'hui (26 décembre), le malade est en pleine convalescence.

monie et j'ordonnai une infusion de 20 centig. de poudre de digitale. Nous étions seulement au septième jour de la maladie; la marche de l'affection du poumon était donc parfaitement normale.

L'abaissement incomplet de la température le neuvième jour ne pouvait encore nous donner aucune lumière. Mais lorsque, le lendemain, je vis la courbe descendre à 38°6, tandis que l'état du malade restait stationnaire et même s'aggravait un peu, je n'hésitai plus à affirmer l'existence d'une fièvre typhoïde, caractérisée par l'abattement, la somnolence, une légère sécheresse de la langue, la tension du ventre, la diarrhée. Les signes de la pneumonie ne s'étaient pas modifiés, il est vrai; mais comme il est de règle de les voir survivre à la défervescence et à l'amélioration de l'état général, je ne pouvais attribuer à l'hépatisation non résolue encore la persistance de l'adynamie et des autres symptômes typhiques.

Dès le lendemain (nous étions au onzième jour de la maladie), le diagnostic de fièvre typhoïde était confirmé par l'apparition tardive des taches rosées qui ne se montrèrent qu'alors et prolongèrent ainsi mon incertitude, je suis d'autant plus sûr du retard des taches, que pas un jour ne s'était écoulé, depuis l'entrée du malade, sans que je les cherche avec le plus grand soin.

Depuis lors la fièvre typhoïde et la pneumonie marchent côte à côte, sans paraître exercer une grande influence l'une sur l'autre, l'une se résolvant peu à peu, l'autre suivant un cours régulier et doux malgré la bizarrerie de la courbe thermique. Je ne peux même pas dire que la résolution de la pneumonie ait été retardée par la dothiéntérie concomitante, puisque les signes physiques avaient disparu dix jours après la défervescence. Je ne saurais dire non plus que la fièvre typhoïde ait été prolongée, car elle s'est terminée le

vingt-neuvième jour, en ayant conservé un caractère de bénignité remarquable pendant toute sa durée.

Enfin, dans une autre catégorie de faits, le malade présente tous les symptômes d'une fièvre vive avec un véritable état adynamique, et une température très élevée. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que l'on peut affirmer l'existence d'une pneumonie.

Telle est l'observation première de ce travail. Telles sont les observations VI et VII auxquelles nous renvoyons le lecteur. Ici, le début rappelle celui de la dothiéntérie ou de la pneumonie asthénique primitive. Ce sont, d'ailleurs, les cas les moins caractéristiques et les moins intéressants.

MARCHE ET TERMINAISON. — PRONOSTIC.

Après quelques jours, disions-nous, les symptômes pulmonaires s'effacent et la dothiéntérie apparaît avec son cortège habituel de symptômes. La défervescence est incomplète lorsqu'elle se produit, et l'on assiste à l'évolution d'une fièvre typhoïde. Ce sont les cas favorables; ils sont les plus nombreux. Ainsi, tous les cas de Ghérardt se sont terminés par la guérison; il en a été de même de ceux de Lépine (1), de ceux de Cadet de Gassicourt, de notre observation IX. Il semble donc que souvent la pneumo-typhoïde soit beaucoup moins grave que la pneumonie qui se montre pendant la période d'état de la dothiéntérie. Nous sommes donc loin de l'opinion de Griesinger (2) et de celle des premiers observateurs, qui considéraient le pronostic comme absolument grave. Toutefois, il résulte des faits rapportés par M. Grasset

(1) *Rev. mens. de méd. et de chirurgie* 1878.

(2) *Maladies infectieuses*, traduction Vallière 1877.

que la mort n'est pas une terminaison exceptionnelle de la pneumo-typhoïde. Galissart de Marignac cite quatre cas terminés par la mort, trois fois du septième au dixième jour, une fois au quinzième. « Notre italien est mort le neuvième jour de son séjour à l'hôpital, celui de Raynaud le septième jour après son entrée; celui de Griesinger le neuvième de la maladie; celui de de Maraud le huitième de la maladie; celui de Carrieu le onzième; ceux de Jaccoud et de Chomel durent un peu plus, mais ne dépassent pas, l'un le quinzième, l'autre le dix-neuvième jour » (Grasset).

La mort arrive donc, lorsqu'elle survient, à une époque peu éloignée du début; le pronostic est donc grave tant que la pneumonie se prolonge, en s'accompagnant d'état typhoïde.

DIAGNOSTIC.

Il est en général très-difficile. Lorsque la maladie débute franchement par les symptômes pneumoniques, il est impossible de dire si l'on se trouve en présence d'un pneumo-typhus ou d'une pneumonie franche. Dans les cas, au contraire, où les manifestations symptomatiques que l'on rencontre habituellement au cours de la période prodromique, existent seules pendant quelques jours, précédant l'éclosion de la pneumonie, qui apparaît alors bien nette, il est très difficile de se prononcer entre deux hypothèses: pneumo-typhoïde ou pneumonie asthénique primitive, que Mulette appelle pneumonie typhoïde.

Comme le dit bien M. Grasset, les symptômes pneumoniques sont au premier plan, dominant l'état typhoïde, et, il faut bien le reconnaître, c'est la seule raison qui milite en

faveur du pneumo-typhus. Il est vrai qu'ici nous nous éloignons un peu du type restreint de l'éminent professeur. Mais nous pensons que ces cas doivent être admis dans la description de la pyrexie pneumo-typhoïde. Quoi qu'il en soit, voici, d'après M. A. Robin, les caractères distinctifs tirés de l'examen des urines, qui présenteraient, au cours de la pneumonie typhoïde, les particularités suivantes :

1° Couleur rouge foncé, hémaphéique; 2° les matériaux solides sont plus abondants que dans la dothiéntérie; 3° elles sont habituellement sédimenteuses; les dépôts rosaciques sont fréquents; 4° l'urée, plus abondante que dans la dothiéntérie, le serait moins que dans la pneumonie franche: sa moyenne égalerait 26 gr. 38; 5° l'acide urique est plus augmenté que dans la fièvre typhoïde; 6° l'albumine, fréquente dans toutes les formes de la pneumonie, est quelquefois très abondante; 7° la diminution des chlorures est plus grande; 8° l'urohématine est presque toujours très augmentée, tandis qu'elle est diminuée dans la dothiéntérie; 9° l'indican est moins constant et moins abondant; 10° l'hémaphéïne est très fréquente, l'uroérythrine est à peu près constante, elles sont absentes dans la période d'état de la dothiéntérie (1).

Nous laissons, bien entendu, aux personnes compétentes le soin de vérifier la valeur des caractères ci-dessus.

La pyrexie pneumo-typhoïde peut être confondue, au début, avec une tuberculose pulmonaire aiguë. «Un des bons signes, dit M. Grasset, sur lesquels vous pourrez vous appuyer pour faire le diagnostic différentiel, est tiré de l'examen physique. Dans la fièvre pneumo-typhoïde, l'examen physique donne des résultats plus nets que dans la tuberculose aiguë: un caractère fréquent de cette dernière maladie est le contraste entre les signes fonctionnels et les signes

(1) A. Robin, Traité d'urologie. p. 205.

respiratoires physiques; les granulations, occupant une grande étendue, gênent beaucoup la fonction, mais donnent lieu à peu de râles (au début), tandis que dans la fièvre pneumo-typhoïde, vous trouverez en général les vrais signes physiques de la pneumonie.»

Enfin, il ne faut pas oublier que l'existence d'une épidémie de dothiéntérie pourra éclairer le diagnostic.

ÉTIOLOGIE ET NATURE.

Les causes sont de deux ordres : les unes inhérentes au sujet : débilité, âge, excès, fatigues physiques ou intellectuelles, privations; les autres sont externes et indépendantes du malade : ce sont les saisons de transition, les variations de température, de pression atmosphérique; toutes les causes réunies de la pneumonie, y compris le refroidissement, et de la fièvre typhoïde, concourent à la production de la pneumo-typhoïde.

Ici, nous sommes forcé d'aborder une question bien délicate, et, nous nous empressons de le dire, bien embarrassante.

«Si vous voulez parler microbes, dit M. Grasset, vous n'avez à changer que les mots.

»Il y a, dans la constitution médicale de cette époque, les éléments de développement et de pullulation des microbes de la fièvre typhoïde; mais il y a dans cette même constitution les éléments de localisation de ces microbes sur l'appareil respiratoire. Voilà pourquoi notre malade réalise une fièvre pneumo-typhoïde.»

Certes, cette explication est séduisante, et nous voudrions bien l'accepter telle quelle; mais est-elle conforme aux faits?

C'est là une question à laquelle M. Grasset nous pardonnera d'essayer de répondre.

Nous avons souligné, dans la première partie de ce travail, une phrase de M. le professeur Cornil, déclarant sans ambages que les pneumonies de la fièvre typhoïde ne se distinguent nullement, au point de vue des microbes, des cas de pneumonie franche.

S'il en est ainsi, force nous est de chercher une autre explication, et ici surgissent de nombreuses difficultés.

Dreyfus-Brisac (1), remarquant combien diffère, selon les cas, la marche de la pneumonie du début de la dothiéntérie, se demande s'il ne s'agit pas tantôt de pneumonies banales, tantôt de pneumonies infectieuses. Dans cette hypothèse, dans certains cas, le bacille typhique n'agirait qu'en préparant le poumon à subir les atteintes du germe pathogène spécifique de la pneumonie. La présence d'un micro-organisme identique dans toutes les pneumonies aiguës plaiderait en faveur de cette hypothèse.

De leur côté, Barella (2), Lépine et Peroud (3), pensent non seulement que le bacille typhique produit à lui seul l'inflammation pulmonaire, mais qu'il peut même limiter son action au poumon. « Cette localisation insolite peut rester prédominante et commander la marche de la maladie. Dans ce cas, la fièvre typhoïde n'évolue pas en trois septénaires, comme la dothiéntérie classique, mais en huit ou neuf jours, comme une pneumonie franche, et ses symptômes, sauf quelques-uns, notamment la diarrhée, qui, comme on sait,

(1) *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 26 août 1881.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, février 1877.

(3) Lépine, Pneumo-typhoïde. *Revue de médecine*, octobre 1881, et *Revue mensuelle*, 1878.

id sur les pneumonies du début de la fièvre typhoïde (*Bulletin de la Société de médecine des hôpitaux*, décembre 1882).

n'existe presque jamais dans la pneumonie commune, sont ceux de cette maladie. » Avec Dreyfus-Brisac et Cadet de Gassicourt, nous pensons qu'il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, d'accepter une pareille interprétation.

Devons-nous, avec le D^r Sokor (1), admettre que la pneumonie et le typhus sont « le résultat d'une infection produite par un seul et même germe qui, dans divers états d'évolution donne naissance à différents processus morbides ? » C'est possible, mais peu probable.

Tout récemment, M. Jaccoud communiquait à l'Académie des sciences une note sur l'étiologie et la pathogénie de la pneumonie aiguë. L'opinion du savant professeur se résume en ceci : l'organisme humain contient, même en état de santé parfaite, bien des espèces de micro-organismes inoffensifs tant qu'il demeure bien portant. Qu'une cause extérieure, comme le froid, vienne à altérer le fonctionnement physiologique de l'organisme, celui-ci devient impuissant à résister, et c'est alors que les microbes acquièrent leur puissance pathogénique.

Pouvons-nous appliquer cette théorie à la pneumo-typhoïde ? Peut-être.

Nous avons déjà dit et répété que *toutes les fois qu'il y a hépatisation pulmonaire, on rencontre des microbes, microbes toujours identiquement les mêmes*. En admettant, avec M. Jaccoud, l'auto-infection, on peut expliquer pourquoi la fièvre typhoïde venant déranger le fonctionnement de l'organisme, celui-ci, déjà en possession du pneumo-coccus, réalise une pneumonie. Nous prions le lecteur de remarquer que cette hypothèse n'est nullement en désaccord avec ces épidémies de pneumo-typhus, dont dernièrement Wagner rapportait des

(1) Bulletin de la société des médecins et naturalistes de Jassy, Février 1887.

exemples si remarquables (1). Il suffit toujours que les conditions atmosphériques d'une part et le tempérament du sujet d'autre part réalisent des conditions qui se retrouvent dans l'étiologie de la dothiéntérie et de la pneumonie.

Nous avons examiné toutes les hypothèses possibles. La conclusion définitive ne se dégage certainement pas d'une façon bien nette de cet examen. Nous croyons cependant qu'un fait demeure bien établi: l'existence d'une affection particulière dans laquelle la lésion pulmonaire est sous la dépendance d'une pyrexie générale, la dothiéntérie, affection à laquelle doit être désormais réservée la dénomination de pyrexie pneumo-typhoïde.

La question du traitement a été magistralement exposée par M. Grasset, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur aux leçons publiées par celui-ci.

(1) Wagner, *Der sogenannte pneumo-typhus*. *Deutsch, arch. f. Klin. Med.* Band, xxv. et *Revue des sc. méd.*, avril 1886.

CHAPITRE III.

Pyrexie pneumo-paludéenne.

Le temps nous manque pour étudier, avec tout le soin qu'elle comporte, cette seconde forme de pyrexie pneumonique. D'ailleurs, comme le dit M. Grasset, « l'histoire de la fièvre pneumo-paludéenne est beaucoup plus faite et plus classique que celle de la fièvre pneumo-typhoïde. » Et, en effet, ici les documents abondent, et l'on n'a que l'embarras du choix. Pour toutes ces raisons, nous allons nous contenter de rappeler quelques travaux et quelques faits récents. Nous puiserons largement nos matériaux dans l'une des leçons de M. le Professeur Grasset, et dans un Mémoire très remarquable de M. le Professeur Combal (1).

Justifions d'abord le titre ci-dessus.

Les anciens pyrétologues, dont « les appellations classiques ont le mérite rare de valoir par elles seules, toute une définition (2) », appelaient solitaire, la fièvre intermittente qui ne présente pas d'autres phénomènes que les symptômes fébriles, et *fièvre intermittente accompagnée*, celle qui tient sous sa dépendance une lésion organique. Aussi Jaccoud propose-t-il le nom de *fièvre intermittente accompagnée pneumonique* à ce groupe de cas dans lesquels la fièvre paludéenne s'accom-

(1) Combal. De la pneumonie palustre et de son traitement par le bromhydrate de quinine en injection sous-cutanée. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier*, juillet 1879.

(2) Jaccoud; Clinique médicale de la Pitié, 1886.

pagne de pneumonie. Le savant clinicien s'élève avec raison contre la dénomination de *pneumonie intermittente*, l'intermittence étant loin d'être constante, et la fièvre étant le fait primordial. Ce dernier argument est trop conforme à l'opinion que nous avons déjà défendue, pour que nous n'y souscrivions pas complètement. Il est évident, aussi, que nous rejetons, pour le motif indiqué plus haut, le qualificatif d'intermittente.

La pneumonie dont il s'agit est une manifestation du paludisme. C'est pour bien exprimer cette idée, que M. Combal la désigne par la dénomination de *pneumonie palustre*, bien préférable sans doute au précédent. M. Grasset pense, et nous sommes absolument de son avis, qu'on doit l'appeler, pyrexie pneumo-paludéenne. C'est là, en effet, une dénomination complète, une véritable définition.

Ceci dit, nous allons d'abord reproduire les observations de M. Grasset et celles de M. Combal.

Observation XI (1).

(Grasset.)

Le 3 novembre, entre un garçon vacher de 31 ans, fort peu intelligent et dur d'oreille, dont les antécédents n'ont rien de spécial. Il est couché au n° 4 de la salle St-Lazare.

Il y a six ou sept jours, il aurait eu un frisson assez violent, renouvelé le lendemain ; il suspend tout travail. L'avant-veille de son entrée, il aurait sué très abondamment pendant une grande partie de la nuit. Il tousse depuis quelques jours.

A son entrée, il a la face congestionnée, la peau chaude et sèche ; il y a de la matité à la région postéro-inférieure du

(1) Résumée, ainsi que la suivante, d'après les notes de M. Sarda.

poumon droit; respiration supplémentaire au-dessus de la matité; silence respiratoire au centre de la zone de matité; quelques sous-crépitants à la toux. A gauche et en arrière, râles muqueux et sibilants à la base. Embarras des voies digestives et céphalalgie, 39°7.

5. La température est tombée brusquement, à 6 heures du matin, à 36°9 (2°8 de chute), mais à la visite sensation de chaleur ardente au contact de la peau, qui est sèche et brûlante. En une minute le thermomètre monte à 39°5 et 40°3.

6. Nouvelle chute à 36°5 et 36°3. La quinine, prescrite la veille, avait produit son effet.

7. Apyrexie également.

8. Congestion pleuro-pulmonaire à la partie moyenne et postérieure du poumon gauche.

10. Quelques sous-crépitants, frottements pleuraux à la base, en arrière, à gauche, au-dessus, à la partie moyenne, respiration soufflante. Puis tout rentre dans l'ordre localement. L'apyrexie ne s'est pas démentie (je laisse de côté le traitement suivi, qui sera exposé dans le chapitre suivant.)

Observation XII.

(Grasset)

Au N° 12 de la même salle Saint-Lazare, est un cultivateur de 30 ans, entré le 2 novembre avec une céphalalgie violente, une douleur mal localisée dans la poitrine et une dyspnée peu intense.

Il avait été pris, le 31 octobre, dans la rue, d'un frisson assez intense suivi de courbature et de sensation de malaise dans la poitrine. (Il a eu à 4 ans une maladie de l'appareil respiratoire? et a été réformé pour faiblesse de constitution; il a fait des excès alcooliques et présente un léger tremblement des mains).

41° le matin du 2; 40°7 le matin du 3. Au voisinage de

l'angle inférieur de l'omoplate à droite, matité très nettement limitée, sur une hauteur de quatre travers de doigts, avec exagération des vibrations thoraciques, respiration soufflante et quelques frottements; à gauche, respiration légèrement soufflante. Délire la nuit précédente.

Le thermomètre à 39°2 le 3 au soir, tombe à 37°4 le 4 au matin. Le souffle a disparu, râles sous-crépitaux, Amélioration marquée de l'état général, subdélire dans la nuit, diarrhée légère.

La température remonte à 38°5, puis à 39°5, pour retomber le 5 au soir à 36°5.

6. Elle remonte encore à 39°5. Il a encore déliré dans la nuit et a beaucoup sué. Il se trouve plus fatigué le soir: 41°1.

7. Chute nouvelle de la température (il avait du reste pris la quinine): 37°6 matin et soir. L'apyrexie ne se dément plus.

8. Obscurité du murmure vésiculaire à droite. Respiration légèrement soufflante à gauche

9. Un peu d'épanchement pleurétique à droite, qui disparaît facilement par un vésicatoire. Et tout rentre dans l'ordre.

Observation XIII.

(Combal)

Au N° 10 de la salle Saint-Lazare se trouve un jeune militaire de 22 ans, lymphatique, mais doué d'une complexion forte et d'une vigoureuse constitution. Cultivateur dans le Médoc, il eut, il y a deux ans, des fièvres intermittentes et un accès pernicieux qui cédèrent au sulfate de quinine.

Incorporé au 2^e régiment du génie, il a travaillé pendant plusieurs mois aux tranchées du polygone.

Il prend froid; il entre à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi pour une

bronchite aiguë, entée sur une bronchite chronique avec emphyseme.

Tout phénomène d'acuité avait disparu, lorsque le 27 février, vers 6 heures du matin, il est pris, sans prodromes, d'un frisson violent qui dure deux heures. A la visite, le pouls est à 128; le soir, la température est à 40°. Les crachats sont striés de sang, et le point de côté gauche s'accompagne d'une sensation de profonde angoisse. Le sommet et le tiers moyen du poumon gauche sont fortement congestionnés.

Le lendemain, une potion stibiée à 20 centigr. reste sans effet, et la température axillaire oscille entre 39°8 et 40°2.

Le 1^{er} mars, la figure du malade exprime l'anxiété la plus vive; le point de côté est violent et la fièvre ardente. Les crachats sont sanglants; submatité dans les fosses sus et sous-épineuses et dans l'aisselle gauche; exagération des vibrations thoraciques, diminution du murmure vésiculaire, souffle expirateur au même niveau. A la base, en arrière et à droite, existe un nouveau foyer moins étendu de congestion pulmonaire; tout autour de ces points pneumoniques sont perçus des râles sibilants, entremêlés de quelques sous-crépitants fins.

Je prescris 1 gr. de bromhydrate de quinine en injection hypodermique.

Vous avez pu voir le jour suivant que l'expectoration pneumonique avait cessé, et que les crachats étaient devenus visqueux et opalins. Le point de côté avait presque disparu, et la température ne s'élevait qu'à 38°8.

La congestion pulmonaire du côté droit n'existait plus; le souffle de la partie moyenne et supérieure du poumon gauche avait fait place à une expiration légèrement soufflée et à quelques sous-crépitants fins.

L'administration du bromhydrate de quinine fut conti-

nuée, et le soir, le thermomètre marquait dans l'aisselle 37°5.

Cette résolution brusque s'était produite sans phénomènes critiques, le troisième jour de la maladie; elle avait coïncidé avec l'administration du bromhydrate de quinine par la voie cutanée.

Depuis ce moment, j'ai prescrit le sulfate de quinine à l'intérieur à doses successivement décroissantes, ainsi que vous me le voyez faire pour les fièvres intermittentes simples.

Il n'y a pas eu d'exacerbation fébrile, et, à part un accès complet survenu, comme pour confirmer le diagnostic, 15 jours plus tard et sans congestion thoracique, rien n'est venu troubler la convalescence.

Aujourd'hui même, le malade se promène dans les salles, et l'auscultation ne révèle, au niveau du tiers supérieur de son poumon gauche, que quelques râles de bronchite chronique avec emphysème. Son état général est excellent, et il ne conserve que le souvenir d'une maladie qui mit si rapidement ses jours en danger.

Observation XIV.

(Combal)

Quelques jours plus tard, vous pouviez voir, couché au N° 9 de la salle Saint-Lazare, un autre soldat du génie, atteint d'une maladie de même nature, intense, mais beaucoup plus grave.

Ce jeune homme a été pris, le 22 mars, d'un frisson apparu sans prodromes. Ce frisson dura une heure et demie, et s'accompagna d'un point de côté violent au niveau du mamelon droit. Le soir et le lendemain, fièvre et crachats sanguinolents.

Il entre le 24 mars, avec 108 pulsations et 24 respirations. Teinte subictérique de la face, peau moite, affaissement extrême. A droite, à partir de l'angle inférieur de l'omoplate, submatité, exagération des vibrations thoraciques, expiration fortement soufflante; le tiers inférieur du poumon gauche est aussi congestionné, mais à un moindre degré. Le malade a, le soir, un accès complet et 40°8 de température. 1 gr. de bromhydrate de quinine est administré par la voie cutanée.

Le lendemain, vous avez pu voir que la température était à 37°6, que le pouls battait 108 pulsations, et que le malade respirait 28 fois par minute.

Malgré cela, l'état local empirait, le souffle tubaire existait dans le lobe inférieur du poumon droit, et quelques râles crépitants étaient perçus au niveau du point congestionné, à la base du poumon gauche.

Comme la prostration était extrême, que les dents étaient fuligineuses, les narines pulvérulentes, et que l'état général typhoïde dominait, je combinai le traitement général avec le traitement local. Je prescrivis :

Ipécacuanha concassé	2 gr.
Ecorce or. amère	3 —
Infusion	100 —
Teinture de digitale	X gouttes.
Sirop de bourrache	30 gr.

et j'insistai sur l'injection de bromhydrate de quinine.

La lésion pulmonaire jouait le rôle de complication, aussi le spécifique resta sans effet, car le soir la température était à 40°8.

Le troisième jour, même apyrexie le matin, même traitement et même hyperthermie le soir. Vers quatre heures, le malade eut un accès complet, pendant lequel s'aggrava sa pneumonie double. Le sommet droit s'hépatisait.

J'eus alors recours aux antiphlogistiques : la piqûre de

six sangsues placées du côté droit, donna beaucoup de sang (250 gr. environ). Depuis ce moment, le bromhydrate de quinine, dont l'usage fut continué, devint efficace, et le malade guérit.

Observation XV.

(Combal)

Il s'agit d'un soldat au 2^{me} génie, couché au N° 3 de la salle Saint-Lazare, pris le 8 mars de céphalalgie sus-orbitaire gravative, de frisson subit et de point de côté.

Son mal avait débuté sans prodromes; il se manifesta par une fièvre violente peu en rapport avec les manifestations symptomatiques locales, et il se compliqua d'un embarras gastrique très accentué.

Le 9 mars, jour de son entrée, le malade avait 40°9 dans l'aisselle; l'angoisse et la prostration étaient grandes; une toux pénible exagérait sa pleurodynie droite et débarrassait difficilement ses bronches de crachats sanguinolents et visqueux.

Je constatai que le poumon droit était engoué en arrière et vers la base: ici l'auscultation permettait de percevoir des râles crépitants.

En présence de l'état général du malade, il y avait lieu de croire à l'existence d'une pneumonie typhoïde.

Soutenir les forces, faciliter la résolution du travail organique, combattre la complication gastrique, telles étaient les indications thérapeutiques. Elles furent remplies par des moyens appropriés.

Le jour suivant, la congestion pulmonaire envahit le poumon gauche, tandis que la pneumonie s'aggrava du côté

droit; la peau du malade est sèche et la chaleur âcre. Les urines, rares, sont pauvres en chlorures, elles n'en renferment que 2 gr. dans les vingt-quatre heures. P. 98; R. 28; T. 39°5.

Ce tableau symptomatique se rattachait à une affection grave qui n'avait pas les allures de la pneumonie ordinaire. La mobilité et l'irrégularité des congestions, jointes à l'état général typhoïde, m'autorisant à admettre l'existence d'un élément palustre, je prescrivis 1 gr. de bromhydrate de quinine en injection hypodermique.

Sous l'influence de cette médication, la température cesse de s'élever le soir et descend à 39° le matin.

Je continue l'administration du bromhydrate et, le 12 mars, la température était à 37°5 et 37°6; le point congestif signalé dans le poumon gauche avait disparu.

Dans les tiers moyen et inférieur du poumon droit, le souffle de la veille avait fait place à des râles crépitants de retour. On percevait encore dans l'aisselle de nombreux frottements pleuraux, signes physiques de la pleurésie concomitante.

A partir du jour où on administra le bromhydrate, l'état typhoïde disparut graduellement, et la température devint rapidement normale, sans que des hémorrhagies, des selles ou des sueurs abondantes se fussent manifestées.

Je crus utile de soutenir l'action antipériodique, et je fis continuer pendant trois jours le bromhydrate de quinine à la dose de 0,80 centigr. puis, de 0,60 centigr., en quatre cachets Limousin.

Je supprimai alors le remède, car le malade était en pleine convalescence, et à part une légère submatité accompagnée d'une diminution du bruit vésiculaire et de quelques froissements pleuraux, il n'y avait plus dans sa poitrine trace de pleuro-pneumonie droite.

Observation XVI.

(Combal)

Notre quatrième cas de pneumonie palustre, traité par le bromhydrate de quinine, a été observé chez un soldat du 2^me génie et dans le cours de ce même mois de mars.

Doué d'un tempérament lymphatique, d'une complexion forte, d'une constitution robuste, il a été depuis trois ans obligé d'exécuter de pénibles travaux et de respirer les émanations qui s'exhalent, au polygone, des terres fraîchement remuées. Sa maladie débuta le 9 mars, pendant qu'il travaillait à la tranchée; c'est vous dire qu'elle survint sans prodromes. Le frisson le saisit vers deux heures de l'après-midi, et la fièvre s'alluma. Le lendemain, un point de côté large et profond apparaissait à droite et s'accompagnait d'une expectoration sanguinolente.

Trois jours après, il entra à l'hôpital, où vous le vîtes dans le décubitus dorsal, la figure anxieuse et cyanosée; la température s'élevait à 40°9; ses crachats étaient pneumoniques. La submatité, l'exagération des vibrations vocales, la diminution du bruit respiratoire et une pluie de râles sous-crépitaux fins indiquaient, au niveau des deux lobes inférieurs du poumon droit, la présence d'une pneumonie commençante. L'état général typhoïde persistait le lendemain, mais sans gargouillement, ni rêvasseries, ni épistaxis; le dicrotisme du pouls s'était accentué, ainsi que la congestion pleuro-pulmonaire. A la base et à droite, le souffle expirateur était très nettement perçu en même temps qu'une bronchophonie légère.

L'infusion d'ipéca et l'extrait mou de quinquina restaient sans effet sur l'état local comme sur l'état général, et la si-

tuation du malade empirait. En présence de cet état de choses, je n'hésitai pas à recourir aux injections de bromhydrate de quinine.

Sous cette influence, la température s'abaissa, le 13, de 40°3 à 38°3.

Elle se releva un peu le 14, jusqu'à 39°8, mais pour tomber plus bas encore le 15 mars.

Le lendemain, 16 mars, après trois injections successives de bromhydrate de quinine administré à la dose quotidienne d'un gramme, la fièvre avait totalement disparu. Elle reparut plus tard, durant la convalescence, et se caractérisa cette fois par deux accès complets sans détermination thoracique; ces accès ne résistèrent point à la quinine. Quant à l'état local, quant à la pneumonie, elle était arrivée au deuxième degré, ainsi que le prouvait la présence du souffle; mais elle disparut avec l'état fébrile, et vous avez entendu en même temps le râle redux dans les deux tiers inférieurs du poumon droit.

Le 18 mars, le râle crépitant de retour n'existait plus, et quelques frottements pleuraux, coïncidant avec la diminution du murmure vésiculaire, indiquaient seuls que le côté droit avait été atteint de pleuro-pneumonie.

Symptômes et Diagnostic.— La pyrexie pneumo-paludéenne se présente à nous sous plusieurs aspects cliniques que nous allons brièvement esquisser. Quel que soit, d'ailleurs, le mode d'évolution de la maladie, le début se fait par un frisson violent, intense, prolongé, avec élévation très considérable de la température, qui dépasse habituellement 40°, s'accompagnant, ou non, de point de côté. En tout cas, les signes physiques et fonctionnels de la pneumonie à son début apparaissent rapidement, et dans l'espace de quelques heures à quarante-huit heures, les crachats sanguinolents apparaissent. A partir de ce moment, voici les trois types qu'affecte

la pyrexie pneumo-paludéenne. Nous n'avons pas, bien entendu, à parler des paroxysmes de la fièvre elle-même, paroxysmes qui peuvent affecter l'un quelconque des types de la fièvre intermittente solitaire. Nous ferons seulement ici une remarque : le premier paroxysme dure habituellement plus longtemps qu'au cas de fièvre intermittente solitaire. Il en est, du reste, toujours ainsi, quelle que soit la complication locale de la fièvre d'accès.

Dans une première série d'observations, les phénomènes thoraciques disparaissent complètement après les paroxysmes; il y a intermittence complète de la fièvre et de la lésion pulmonaire, qui ne dépasse pas le stade de congestion. Un exemple remarquable de cette variété a été observé par M. Jaccoud.

Il s'agit d'une femme atteinte de fièvre intermittente, qui présenta, lors du premier paroxysme, une congestion pulmonaire; la fièvre et la congestion disparurent en même temps. Un deuxième et un troisième paroxysme ne s'accompagnent pas de congestion pulmonaire, mais, au cours du quatrième accès, il se produit une nouvelle fluxion du côté des poumons.

Weinberger (cité par Jaccoud) a aussi publié un cas de fièvre intermittente, accompagné à chaque paroxysme de congestion pulmonaire qui disparaissait avec la cessation du paroxysme, et cela pendant sept accès consécutifs. Dumeige (1) et Bax (2) ont publié : le premier, quatre cas analogues; le second, un cas.

Dans les cas de ce genre (et ils ne sont pas rares), la lésion pulmonaire ne dépasse pas la congestion : c'est une pneumonie avortée. D'autres fois, les signes locaux, tout en s'a-

(1) Dumeige, De la congestion pulmonaire d'origine paludéenne. Th. de Paris, 1880.

(2) Bax, De la congestion pulmonaire d'origine paludéenne. *Gaz. Hôpît*, 1881.

mentant notablement dans l'intervalle des paroxysmes, ne disparaissent pas complètement, ce qui tient à une lésion pulmonaire un peu plus avancée. Enfin, dernier détail très important, les mouvements fluxionnaires sont multiples, et l'on peut « assister à des transports alternatifs de fluxions dans l'un ou dans l'autre poumon, dont les bases ou les sommets s'engorgent tour à tour » (Combal). Cette variation du siège de la fluxion a été nettement observée par Jaccoud et Weinberger.

Dans une seconde série d'observations, les signes pulmonaires sont continus, comme le processus anatomo-pathologique lui-même. Il s'agit alors d'une véritable hépatisation. Les symptômes locaux s'améliorent légèrement en dehors des paroxysmes ; mais il ne faut pas compter sur une intermittence qui n'existe ni quant à la lésion pulmonaire ni quant à la fièvre. Il y a seulement des rémittences et des accès périodiques, pendant lesquels symptômes généraux et symptômes locaux s'aggravent.

Le premier de ces types peut, après quelques accès, faire place au second, lorsque le médecin n'intervient pas convenablement.

A côté de ces deux types, intermittent et rémittent, il en existe un troisième dans lequel la fièvre est continue sans rémission marquée. Dans ces cas, les phénomènes généraux sont très graves, il y a un véritable état typhique, qui peut, du reste, comme on peut le voir dans l'observation XIV, apparaître au cours du type intermittent.

Le *diagnostic* n'offre généralement pas de difficultés.

L'étiologie, le début brusque par un frisson intense et prolongé, le défaut de rapport entre la gravité de l'état général et celle de l'état local, sont de bons signes diagnostiques en faveur de la pneumonie paludéenne. Il en est de même des

intermittences et des rémittences, de l'élévation considérable de la température au cours du paroxysme, de l'hypothermie pendant l'intermittence. M. le Professeur Grasset fait remarquer, en outre, que le pouvoir émissif du corps est très considérable, ce qui prouve la rapidité d'ascension de la colonne mercurielle. C'est ce que les anciens appelaient la chaleur âcre et mordicante. Enfin, dernier trait particulier, la quinine guérit très bien fièvre et lésion. On peut donc, en cas de doute, recourir à la quinine comme moyen de diagnostic.

Il est une variété de pneumonie que l'on pourrait confondre avec la pneumo-paludéenne, c'est une pneumonie progressant par poussées, avec rémittences peu marquées. D'après M. Jaccoud, trois phénomènes, constants dans la pneumo-paludéenne, absents dans la pneumonie paroxystique éclaireront le diagnostic : périodicité des exacerbations, frisson au moment du paroxysme, sueur à la fin de l'accès.

Pronostic. — Il est absolument bénin dans le premier type. Dans le second, il est plus grave, et la mort peut survenir pendant un paroxysme, si le diagnostic n'est pas fait de bonne heure, si le spécifique n'est pas administré. Toutefois, on observe bien rarement des accidents pernicieux.

Traitement. — Dès que le diagnostic est certain, il faut donner la quinine (sulfate, chlorhydrate ou bromhydrate en solution ou en cachets, ou même en poudre dans du café). MM. Combal et Grasset conseillent de donner de fortes doses (1 gr. minimum chez l'adulte), administrées de façon que deux heures au moins avant l'heure probable de l'exacerbation, la dose entière soit ingérée. Si l'on a peu de temps devant soi, il faut imiter l'excellente pratique de M. le professeur Combal, qui administre alors le bromhydrate de quinine en injection hypodermique. En tout cas, ces doses

élevées doivent être continuées trois jours après la disparition définitive de la fièvre, après quoi, il est bon de donner la quinine quelques jours de plus, à doses décroissantes.

S'il y a complication du côté des voies digestives, il faut la combattre immédiatement.

Enfin, si la quinine ne réussit pas le premier jour, il faut recommencer son emploi le lendemain, et s'adresser à des moyens locaux ; car il arrive souvent que la complication pulmonaire est une cause d'insuccès pour les préparations quiniques.

Telles sont les indications. Elles ont été magistralement exposées par les deux savants professeurs de clinique médicale de Montpellier, qui indiquent en même temps la façon dont il faut les remplir.

CONCLUSIONS.

Tout ce qui précède nous autorise à conclure :

1° La pneumonie aiguë est une maladie générale dans laquelle il faut distinguer deux éléments, le premier, de beaucoup le plus important, variable quant à sa nature: c'est la fièvre; le second, détermination anatomique du premier, unique quant à son processus et aux micro-organismes qui le caractérisent: c'est la lésion pulmonaire.

2° A cause de cette prédominance de l'élément fébrile, qui tient sous sa dépendance l'élément anatomique et donne à la maladie des allures diverses selon la nature même de la fièvre, il convient de substituer à la dénomination de pneumonie celle de pyrexie pneumonique.

3° Beaucoup d'affections fébriles se traduisent anatomiquement par l'inflammation du poumon. Il y a donc, par suite, à côté de la pyrexie pneumonique type, appelée pneumonie fibrineuse ou franche, des pyrexies pneumoniques dont la nature est la même que celle de l'affection générale causale. On doit ajouter pour elles aux mots pyrexies pneumoniques, la qualification de l'affection générale même.

4° Parmi ces pyrexies pneumoniques, deux surtout sont nettement démonstratives de la doctrine ci-dessus: la pyrexie pneumo-typhoïde et la pyrexie pneumo-paludéenne.

5° Ces deux pyrexies pneumoniques ne sont autre chose que le résultat de la localisation de la fièvre typhoïde et de la fièvre palustre sur les poumons.

6° Il convient de réserver la dénomination de pneumo-ty-

phoïde aux cas dans lesquels il y a simultanément pneumonie et dothiéntérie, l'élément pneumonique apparaissant le premier et masquant la fièvre typhoïde, qui se manifeste dans la suite.

7° Les preuves de l'existence d'une pyrexie pneumo-typhoïde sont fournies et par l'anatomie pathologique et par la clinique.

8° La fièvre pneumo-paludéenne n'est pas une pneumonie intermittente. Ici, l'état général domine si bien l'état local, que le spécifique du premier fait rétrocéder le second.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 18 mai 1887.

Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,

G. CHANCEL.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 17 mai 1887.

Le Doyen,
CASTAN

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
